Fièvre en cours de grossesse Q 019

Examen complet gynéco obstétrical / ECBU frottis vaginaux HAA / Listériose Chorio-amniotite PNA Rubéole Toxo VIH CMV

- ***Conséquence de la fièvre***
  - **Provoque une tachycardie fœtale** => **SFA** => interruption de grossesse
  - **Stimule la contractilité utérine** => Favorise les **MAP**

- ***Effets des agents pathogènes :***
  - **Embryopathie, Fœtopathie**
  - **Avortement spontané précoce**
  - **RCIU = hypotrophie**
  - **MFIU, MAP et accouchement prématuré**
  - **Enfant contaminé immédiatement ou au long cours, posssible séquelle**

Enquête étiologique

- ***Interrogatoire***
  - **Terme actuel** de la grossesse, **qualité du suivi**
  - **Type de fièvre** (intensité et présence ou non de pics avec sueurs, frissons,...)
  - **Notion de contage**
  - **Recherche de signes associés : génitaux** (contractions utérines, leucorrhées,...) **urinaires** (brûlures mictionnelles, douleurs lombaires unilatérales, dysuries, pollakiurie,...) **digestifs (**dl abdo, trbles du transit,...), **autres** (ORL, myalgies, céphalées,...), **sd pseudo-grippal.**
  - **Atcd** médicaux, chirurgicaux, gynécologiques et obstétricaux. **Vaccination à jour ?**
  - **Résultats des sérologies récentes** de rubéole, toxoplasmose et syphilis (examens obligatoires en début de grossesse) mais aussi CMV, parvoB19, hépatites, HIV.

- ***Examen clinique***
  - **Il doit être complet et minutieux.**
  - **Examen général :**
    - Retentissement maternel : Poids, TA, Fr, Fc, signes toxi-infectieux
    - Examen cutané (recherche de lésions de rubéole / de varicelle), ORL, cardiovasculaire (souffle ?) et pulmonaire
    - Examen abdominal : HSMG, fosses lombaires (palpation/Giordano), Mvt actif fœtal selon le terme, mesure de la hauteur utérine, BDCF
    - Rechercher Adp
  - **Examen au spéculum :**
    - Recherche de leucorrhées Q 016 (endométrite +++, salpingite aigue, … ; les cervico-vaginites le + svt apyrétiq) => prélèvements +++
    - Recherche de MTR, de la présence de vésicules
    - Appréciation du retentissement sur le col (Q 162 MAP : % d'effacement, dilatation, position, consistance, hauteur de la présentation, … => score de Bishop)
  - **Touchers pelviens :** Douleurs, empâtement des culs-de-sac, modification du col...
  - **A l'issu de cet interrogatoire et de l'examen clinique, des examens complémentaires vont être réalisés en fonction du contexte, du terme actuel et de l'orientation diagnostique.**

- ***Examens complémentaires systématiques***
  - **Biologie**
    - **NFS (HLPN), CRP, Bilan hépatique**
    - **Au moins 2 HAA si >38.5** (spécifier la recherche de Listeria)
    - **Sérodiagnostics obligatoires antérieurement négatifs à renouveler**
    - **Sérologie CMV, ParvoB19, HIV, HCV, HBV et listeria**
    - **Urines : BU + ECBU**
    - **Prélévements : Col, vaginal, lésions vésiculeuse, ORL, anal**
  - **Echographie abdomino-pelvienne**
    - **Vérifie le bien-être fœtal, le terme, biométrie (RCIU), Volume du LA** (stt si fissure suspectée)
    - **Dilatation bassinet maternel** D>G, **anomalie parenchyme rénal, pathologie hépato-vésiculaire**
  - **Pas de radio surtout au 1ier trimestre.** Si forte suspicion de lithiase => 2 à 3 clichés d'UIV !!!
  - **Monitoring au 3ième trimestre = ERCF** => A la recherche d'une SFA (non oscillant, DEEP 1 et 2 Q 158)

- ***Autres examens selon l'orientation clinique***
- ***Traitement en 1ière intention en attendant les résultats bactériologiques***
  - **VVP+rééquilibration hydro-électrolytique**
  - **Antipyrétiques :** dérivés du paracétamol (**Pas d'AINS** : CI péridurale pour 8 j)
  - **ATBthérapie à large spectre active sur Listeria monocytogenes :** PéniA Amoxicilline Clamoxyl
  - **Tocolyse en l'absence de CI (SFA, chorioamniotite…)**
    - 1ier trim : Progestérone et dérivés
    - 2ième trim et 3ième trim : Antispasmodiques + β mimétiques **per os** ou **IV** selon gravité

Etiologies « LISTERIA »

- ***Infection urinaire*** Q 166
  - **Favorisée par**
    - Insuffisance de boissons, pullulation microbienne vulvo-périnéale impte, reflux urétérovésical + fréquent (modif trajet uretère -> empêche rôle anti-reflux), compression urétérale (dextrorotation de l'utérus), dilatation voies excrétrices par action myorelaxante de la progestérone sur les muscles urétéraux, Stase vésicale
  - **Bactériurie asymptomatique et cystite**
    - **A rechercher par BU mensuelle (protéinurie, HU, Nitrite) + devant tout signe de MAP**
    - **Cystite peu symptomatique chez la femme enceinte. Pas de fièvre ni de douleur lombaire.**
    - **L'absence ou l'insuffisance de traitement peut favoriser la survenue d'une PNA**
  - **PNA**
    - **Forme habituelle**
      - Début brutal avec fièvre, frissons, AEG
      - Dl lombaires (+ svt à droite) intenses, permanente avec paroxysmes et irradiation descendante (FI et OGE)
      - SFU : pollakiurie, brûlures mictionnelles
      - Urines troubles et concentrées
    - **CAT**
      - Hospitalisation
      - Rééquilibration hydroélectrique avec contrôle de la diurèse
      - ECBU (Leucocyturie > 10^4/mL + bactériurie >10^5 germes/mL) => E Coli : 75 %
      - ATB parentérale jusqu'à 18 h d'apyrexie puis per os, durée totale de ttt = **3 sem**
      - En 1ière intention : **monothérapie par C3G** ou **Augmentin**Q (± **aminosides** en association pdt courte durée en début de ttt si pronostic vital en jeu ou non amélioration clinique rapide)
      - Tocolytiques IV souvent nécessaire (ajoutent leur tachycardie à celle liée à l'hyperthermie materno-fœtale).
      - Si SFA quelque soit le terme, envisager une naissance préma de sauvetage par césa ou VB selon l'état du col.
      - >34 SA, une naissance spontanée est souhaitable avec un travail généralement rapide.
    - **ECBU de contôle à** 72 h**,** J5 **après ttt puis** mensuel
    - Bilan complet 3 mois après l'accouchement **(**écho app urinaire ± UIV à la recherche d'une néphropathie de reflux [lésions segmentaires d'atrophie corticopapillaire] ou d'une autre uropathie / malformation)
    - **Evolution**
      - Spontanée : abcès rénal dans un contexte toxi-infectieux et de perturbations graves de la fonction rénale.
      - Sous ATB adaptés est le + svt favorable en qq jours avec antibiothérapie prolongée et contrôles urinaires fqts.

- ***Autres syndromes abdominaux fébriles***
  - **Appendicite**
    - **Difficulté diagnostique après le 1ier trimestre :** volontiers présentation asthénique avec signes diffus de la FID ou du flanc + hyperthermie progressivement croissante et troubles modérés du transit. Le sd subocclusif s'accompagne d'une contracture ± étendue du bord droit de l'utérus.
    - **Evolution :** vers le tableau clinique local et général d'abcès appendiculaire
    - **HLPN constante avec explorations urinaires négatives doivent faire évoquer le diagnostic.**
    - **L'appendicectomie +/- drainage s'impose sous couverture ATB et tocolyse avec risque certain de MAP.**
  - **Les coliques néphrétiques**
    - Localisation habituelle à Dte, la fièvre est rare ou modérée et le sd douloureux est sensible aux antispasmodiques IV. **AINS non recommandés** durant la grossesse, CI au 3ème T de la grossesse.
    - Il n'existe, en général, pas de syndrome infectieux général ou urinaire bas et l'hématurie peut manquer.
    - L'échographie rénale signe la dilatation pyélocalicielle.
    - Certaines lithiases peuvent cependant évoluer à bas bruit vers un tableau infectieux ressemblant à celui de la PNA par infection sus-jacente à l'obstacle

- **Les cholécystites**
  - **Rares en cours de grossesse sur un terrain connu ou prédisposé** (âge-obésité).
  - **La douleur et la contracture utérine haut situées peuvent orienter en l'absence d'ictère**

- **Les ictères viraux sont rares en cours de grossesse.**
  - **L'hépatite A est à redouter du fait du risque d'hépatite fulminante. Egalement hépatite E +++.**
  - **L'hépatite B et C sont rarement responsable d'un ictère gravidique fébrile**
  - **Quelque soit l'hépatite aucun risque d'embryo-foetopathie**
  - **Pour l'HBV:** Q 167
    - Dépistage systématique au 6ième mois et obligatoire : Ag Hbs.
    - Risque de transmission essentiellement perpartum (« verticale ») : risque d'autant + qu'il y a eu hépatite aigue et que Ag Hbe +.
    - Accouchement par voie basse avec **sérovacccination** à la naissance à débuter dans un délai **< 8h**.
    - Vaccin HBV **IM** à J1 - J30 - J60 - J120 - 12 mois et sérothérapie par Ig antiHBs à J1, J30 et J120
    - Bilan (Ag HBs, Ac anti-HBs) à l'âge de 4 mois aux enfants nés de mères Ag HBe + afin de renforcer la protection sérovaccinale si la concentration en Ac anti-HBs est < 100 mU/ml

- **TIAC et GEA**
  - Diarrhées et vomissements fébriles : infections intestinales d'origine alimentaire ou d'infections virales.
  - Notion d'intoxication alimentaire ou de pathologie épidémique du même type dans l'entourage
  - A confirmé par la coproculture et la sérologie.
  - Si l'accouchement se produit, il faudra protéger le fœtus, lors de l'expulsion, d'une contamination de proximité

Hyperthermie isolée

- **Notion d'épidémie, absence de vaccination, de migration estivale ou économique** doit avoir valeur d'orientation

- **Listériose :** Q 167
  - **En seconde moitié de grossesse, la listeriose est foeticide.**
  - **TOUTE FIEVRE d'origine non évidente, persistant > 48 h chez la femme enceinte doit être considérée comme listérienne**[Q++] **et traitée**[Q] **comme telle** (même s'il s'agit d'une infection virale, CAT identique si Sd pseudogrippal ou accouchement prématuré[Q++] sans étiologie) avec **HAA, ECBU, Ampicilline 3g/j systématique** [Q+++]
  - **Contamination alimentaire en général** (lait cru, pasteurisé, salades, choux, fromages frais) avec transmission hématogène
  - **Tableau très variable chez la mère :** Fièvre isolée (20 %) ou associée à un Sd pseudogrippal [Q]
    - Chez l'enfant : FCS précoce ou tardive, MFIU[Q,] SFA avec accouchement prématuré[Q++]
    - Forme précoce septicémique : prématurité, détresse respiratoire, éruption cutanée, énanthème pharyngé, HSMG, ictère, CIVD, atteinte méningée
    - Forme tardive à type méningite : trble de la vigilance, fontanelle anterieure tendue, convulsions, dysrégulation thermique
  - **Si diagnostic fortement suspecté ou confirmé :** Association Gentamycine (pdt 5j) + Ampicilline pdt 2 sem chez la mère, pr certains durant toute la grossesse.
  - **Mesure préventive : Éviter la consommation de lait cru, produits de charcuterie consommés en l'état, cuire soigneusement les aliments d'origine animale, les légumes crus, mesures d'hygiènes**

- **Paludisme et grossesse** Q 187
  - **A évoquer devant toute patiente revenant de zone endémique (10 à 20 j selon plasmodium) ou ayant résidé en zone endémique** (des réminiscences sont toujours possibles).
  - **Les perturbations immunologiques de la grossesse peuvant favoriser ces réminiscences.**
  - **Csq obstétricales du paludisme résultent essentiellement de l'anémie hémolytique :** hypotrophie néonatale ; **de la fièvre :** abortive, accouchement prématuré, MFIU ou périnatale sur SFA
  - **A noter, il existe du fait du paludisme une exacerbation des signes sympathiques de grossesse.**
  - **Possible paludisme congénital** qui peut être asymptomatique avec transfert d'immunité maternelle ou symptomatique (+ rare) : Anémie, HSMG, érythème, tble neurotoxique. Le pronostic sous ttt est bon.
  - **Prise en charge thérapeutique :**
    - Les antipaludéens quinine et nivaquine ne sont pas abortifs, les à-coups fébriles peuvent l'être.
    - Ttt **antipyrétique** +
    - Ttt de l'accés palustre : **Quinine IV pdt 7 j sur perfusion glucosée lente**
    - Même s'il st en théorie CI, devant un tableau résistant surtt ds les zones 2 et 3, on peut être amener à prescrire des amino-alcools : Mefloquine (Lariam*) et Halofantrine (Halfan*)

- **Sd grippaux sont fréquents :** banals ou épidémiques, ils nécessitent des **antipyrétiques** et des **antibiotiques** pour éviter les surinfections bactériennes plus fréquentes.

- **Grippes épidémiques** Q 188
  - **Fièvre** (V grippal)**, migraines, myalgies, asthénie avec hyperlymphocytose sur la NFS**
  - **Négativité du bilan bactériologique en dehors d'une surinfection.**
  - **Ne pas oublier la probabilité d'une Listeriose :** ampicilline jusqu'au retour des examens bacterios.
  - **Ttt est essentiellement antipyrétique** +++
- **Tuberculose** Q 096
  - **Particularité du traitement : Isoniazide + Rifadine + Ethambutol** pdt **2 mois + 7 mois de bithérapie + vit B6**

Hyperthermie avec signe d'appel

- **Rubéole**
  - **10 % des femmes enceintes st séronégatives à 20 ans**
  - **A suspecter sur :** Eruption morbilliforme + Sd pseudo-grippal + adp cervico-occipitale **mais ds 10 % des cas : asymptomatique.**

Primoinfection	Sérologie maternelle	Risque	CAT
Entre 2-12SA	**Séroconversion - => + Ou taux d'IgM + avec IgG +++**	**Embryopathie Triade de Gregg : malformation cardiaque, oculaire et surdité**	**Proposer une IGPMM** sans prélèvement fœtal car risque de contamination est très elevé
Entre 12 et 18 SA		Risque d'embryopathie est faible (surtt **surdité**)	Prélevement virologique fœtal et sérologie dès 22 SA Si + : proposer IGPMM
> 18 SA		**Embryopathie = 0 Foetopathie très rare :** HSMG, anémie, purpura thrombopénique Choriorétinite, Sténose de l'A.P.	**Echographie Pas d'intérêt de diagnostic prénatal Simple surveillance**

  - **L' administration d' Ig humaines doit être faite précocement** (ds les 24 heures) **après un contage pour être efficace. Elle peut néanmoins prolonger la phase d' incubation et n' a pas fait la preuve de son efficacité sur la transmission virale materno-fœtale. ++++**
  - **Mesure de prévention (cf)**
- **Varicelle de la femme enceinte** Q 181
  - **Pas de risque de malformation fœtale**
  - Le risque de varicelle « viscérale » est + fréquent chez la femme enceinte (SDRA, Ataxie cerebelleuse, hépatite A, CIVD)
  - **Risque abortif si varicelle grave** : comme toute les viroses fébriles, elle peut entraîner RCIU, MFIU
  - **Risque de contamination du NN lors de l'accouchement**
    - À proximité du terme, toute notion de contage doit faire vérifier les Ac maternels. S'ils sont négatifs, un déclenchement de l'accouchement peut être envisagé avant l'éruption.
    - S'il existe des symptomes : éruption fébrile, il est préférable d'attendre la montée des Ac maternels protecteurs.
- **Herpès** Q 167
  - **Risque surtt si primoinfection herpétique : possible embryofoetopathie** (Microcalcification intracranienne, microcéphalie, choriorétinite …), forme localisée superficielle (50%) ou localisée neurologique (40%) ou disséminée (10%) : pronostic de gravité croissante.
  - **En cas de primoinfection herpétique avt 36 SA :** ttt local et général par Aciclovir ++++
  - **De manière générale**, en cas de lésion clinique visible lors de l'accouchement, de récurrence ds la semaine précédente, de primoinfection symptomatique ds le mois précedent: accouchement par césarienne (Si absence de Rupture mb ou si < 6h) avec mesure associée : prélèvement + ds l'ordre croissant : rien de plus, Acicolvir en collyre, Aciclovir IV
  - **ATCD d'herpès génital sans poussée :** voie basse (risque d'herpès cz nouveau-né = 1 / 1000 seulement) avec désinfection vulvo-vaginale à la bétadine, ∅ électrode au scalp, toilette du NN à la bétadine diluée

➢ Syphilis Q 167

- **Risque passage placentaire après 16 SA. Ttt précoce de celle-ci élimine tout risque fœtal.**
- **Diagnostic serologique chez la femme enceinte** (TPHA/VDRL + FTA abs pr confimer : si taux bas, refaire une serologie à 15j).
- **Les risques ppaux st : FCS tardives** (à partir du 4ième mois), **Prématurité** (hydramnios), **MFIU et la syphilis congénitale (**Latente ou s'exprimera secondairement par des lésions polyviscérales : cutanéo-muqueuses : syphillides ; osseuse ; méningée ; HSMG et atteinte des organes hématopoïétiques).
- **Le traitement chez la femme enceinte est le même que celui,** instauré en dehors de la grossesse et fait appel à l'Extencilline® 3 IM/sem pdt 3 sem avec prévention de la réaction de Jarisch-Herxheimer par une corticothérapie pdt 2-3 j (Si allergie, Macrolide avec ttt du nv né par pénicilline car les macrolides passent mal la BHP)

➢ Toxoplasmose Q 167

- **1 % des séronégatives en début de grossesse** (dépistage) **vont se contaminer au cours de celle-ci.** Le + svt tableau clinique asymptomatique ms ds 10% des cas : polyADP^Q cervico-occipitales, fièvre^Q, asthénie, exanthème^Q
- **Transmission materno-fœtale → toxoplasmose congénitale**
- **Surveillance serologie** à la recherche d'une seroconversion : IgG spécifiques (seuil de + = 3 ~ 12 UI/mL) et IgM spécifiques : Remington^Q (IFI) et ELISA ou ISAGA. Toute serologie doit être confirmer à 15 j d'écart.

1ère sérologie	2ème sérologie	Interprétation & CAT
IgG + 3 ~ 200 UI/mL IgM – (ELISA ou ISAGA)	Tx identiques	Toxo ancienne, immunoprotection, risque fœtal nul → ∅ contrôles ultérieurs nécessaires sf immunodépress°
IgG + 3 ~ 200 UI/mL IgM + titre élevé	↑↑ IgG IgM +	Toxo évolutive avec contamination récente → ttt mère, surveillance écho mensuelle, Dc anténatal si contaminat° > 6e SA → bilan complet chez le NN à la naissance (5 % de faux – aux Dc anténatal)
IgG + 3 ~ 200 UI/mL IgM + titre faible	↑↑ IgG IgM +	Toxo évolutive avec contamination récente
	Tx identiques	Coexistence IgG + IgM ds une toxo relativement ancienne → ∅ contrôles ultérieurs nécessaires
IgG + > 300 UI/mL IgM +	Tx identiques	Date de contamination difficile à déterminer (>= 2 mois avant la 1ère sérologie) → datation de la contamination (indice d'avidité) → détermine CAT

- **Risque de transmiss° materno-foetale d'autant + élevé que infect° maternelle tardive**^Q++ **(3e T > 2e T > 1e T)**
- **Gravité de la toxoplasmose congénitale d'autant + grande que infection fœtale est** précoce^Q+ (1e T > 2e T > 3e T)
- **Manifestat° de la toxoplasmose congénitale** (gravité variable en fct° date de contaminat°)
  - Choriorétinite^Q, dilatation des ventricules cérébraux (hydrocéphalie)^Q, microcéphalie^Q
  - Ascite, Epanchement pleural, péricardique, HSMG, placentomégalie.
- **Ensemble du bilan foetal normal (85 %) : PCR sur amniocentèse à 18SA + écho morphofoetale**
  - Spiramycine (9 M UI/24h) pendant toute la grossesse (ttt parasito**statiq**, divise par 2 le risque d'infect° fœtale)
  - Echographie mensuelle
- **Fœtus infecté + lésions écho**
  - IMG (en fct° du terme, des lésions neuro, avis neuropédiatrique)
- **Fœtus infecté avec écho ⊥ :**
  - IMG (en fonction du terme, du suivi, du souhait des parents) ou
  - Ttt parasiti**cide** (Pyriméthamine Malocide* + Sufladiazine Adiazine*) associé à ac. folinique
  - Infection fœtale doit être prouvée par prélèvements ovulaires

- **CMV**
  - **10**% des primoinfections st symptomatiques sous le forme d'une fièvre isolée ; diagnostic maternel par mise en évidence d'une séroconversion.
  - **Peut être responsable d'une embryopathie** (microcéphalie, dilatation des ventricules latéraux) et **foetopathie => Infection congénitale à CMV :**
    - 90 % des NN contaminés naissent normaux mais 10 % développeront séquelles nerveuses (microcéphalie, retard mental) ou sensorielles (ouie, œil) avant l'âge de 2 ans
    - 10 % : RCIU, prématurité, microcéphalie, hépatosplénomégalie, anémie, thrombopénie, pétéchies, choriorétinites, calcifications intracérébrales, anasarque : → 30 % décès, 90 % séquelles neurosensorielles + retard de croissance parmi les survivants
  - **Comme pr la syphilis, échographie + amniocentèse.** Si les 2 + => IMG, si les 2 négatifs => RAS, si amniocentèse +, surveillance prolongé : pronostic à définir.

- **HIV**
  - **Pas de risque d'embryofoetopathie mais transmission verticale du HIV avec possible encéphalopathie** précoce
  - **Prévention par** : ttt anti-rétroviral : AZT[Q] en 2ème partie de la grossesse, césarienne prophylactique à 36 SA, pas d'allaitement => risque réduit à moins de 1%.

- **ParvoB19** (risque important de foetopathie)

- **Embolie pulmonaire**

- ***Pathologies "chroniques" susceptibles de favoriser la survenue/récidive d'infection :***
  - **Diabète →ECBU mensuel ; Hémopathies : Hodgkin et leucémies aiguës, VIH**

- ***Hyperthermies d'origine obstétricales***
  - traduisent la survenue d'une chorio-amniotite ou d'une endométrite par contamination ascendante.
  - Au 1ier trimestre, il faut éliminer l'existence d'un avortement ou d'une tentative inavouée bien que la loi sur l'IVG doive nous en protéger : MTR, dl au TV, voire de lésions traumatiques du col doivent l'évoquer.

- **CAT :**
  - Hospitalisation
  - HAAs, ECBU, prélévement bactério de l'endocol avt l'accouchement
  - Prélévements placentaires et périphériques du nouveau né

- **Rupture prématurée des Mb menace la mère par diffusion de l'infection endo-vaginale, mais c'est surtout le fœtus qui est menacé :**
  - **de prématurité car, dans la majorité des cas, l'expulsion se produit dans les 36 h**
  - **Après 37 SA : le déclenchement au bout de 12 h est licite.**
  - **Après 34 SA, on peut tolérer 48 h de rupture pour améliorer la maturité pulmonaire fœtale** en l'absence de signes infectieux maternels (hyperthermie, NFS et CRP normales) et fœtaux (tachycardie, signes de SFA sur ERCF)
  - **Avant 34 SA - voire très précoce - le maintien in utero peut être souhaitable sous surveillance rigoureuse ;**
    - de la mère : température, NFS, CRP, prélèvements vaginaux maternels réguliers,
    - du fœtus : rythme cardiaque fœtal biquotidien, contrôle échographique du liquide restant, vélocimétrie doppler, croissance volontiers altérée (RCIU).
  - **La tocolyse aide à ce maintien in utero, l'utilisation des antibiotiques est adaptée au cas par cas.**

Source : Fiche RDP, MediFac, RDP, Fiche 167, Fiche d'Agnes ; j'ai repris pas mal d' élmts de la fiche 167 car je suis à qq jrs des exams de Gyneco et je ne sais tjs pas ces putains de Mies. Une fois de plus ça ne peut pas faire de mal …